

ID番号 @PATIENTID  
病名 (他に考える病名)

氏名 @PATIENTNAME 様

症状 @PATIENTNAME

病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当看護師

担当薬剤師

@SYSDATE

| 月日           | 入院日 ( / )                      | 術前日 ( / )   | 手術日 ( / )  |   | 術翌日 ( / )  | 術後2日~4日目 ( / ) ~ ( / )   | 術後5日目 ( / )  | 術後6日~ 日目 ( / ) ~ ( / )           | 術後 日目 ( / ) | 退院日 ( / )  |
|--------------|--------------------------------|---|--|---|--|--|--|----------------------------------|-------------|--|
|              |                                |   | 術前   | 術後  |  |  |  |                                  |             |  |
| 経過           | 入院や手術に関して不安があれば、遠慮なく相談してください   | 検査データを確認しながら、手術へむけて準備を行います。術前準備を行います  | ( )時に手術室へ移動します   | 術後は病室に帰ります  |  | 注意点を守りながら、少しずつ、日常生活のリズムを戻していきましょう  | このころから……水分開始になります  | このころから……食事開始になります                |             | 退院   |
| 目標           |                                | 術前日の流れ<br>/ ( )時~絶食<br>/ ( )時~絶飲食   | 朝起きてから手術に行くまでの流れ   |   |  |  |  |                                  |             | 外来受診について定期受診は必ず行なうようにしましょう。  |
| 検査           | 手術に必要な検査をします                   | <input type="checkbox"/> おへその周りの毛を剃ります<br><input type="checkbox"/> おへそのそうじをします  | <input type="checkbox"/> 麻酔科医師の指示の内服薬があれば服用してください  |   | 採血・レントゲン写真   | 採血・レントゲン写真   | 必要に応じて採血・レントゲン写真   |                                  |             | (退院まで)   |
| 処置           | 基本的に、処置はありません                  | <input type="checkbox"/> 入浴<br><input type="checkbox"/> 点滴<br><input type="checkbox"/> 14時 下剤を内服します<br><input type="checkbox"/> 腕に名前を書きます(医師)<br><input type="checkbox"/> 準備品の確認をします<br><input type="checkbox"/> 21時 下剤を内服します | <input type="checkbox"/> 前あきの下着、病院のパジャマに着がえて下さい<br><input type="checkbox"/> 弾性ストッキングをはいて下さい<br><input type="checkbox"/> 化粧やマニキュアを落として下さい<br><input type="checkbox"/> 義歯、めがね、時計、ヘアピン、指輪を外して下さい。家族の方に、貴重品を渡して下さい | 点滴<br>酸素吸入<br>心電図モニター<br>尿の袋 尿に付く管<br>胃の管   | 酸素<br>心電図モニター<br>尿の管<br>胃の管が抜けます   | 痛み止めの管が抜けます<br>創部のドレーンが抜けます  |  | 術後7日目に半抜糸<br>8日目に全抜糸します          |             | 以下の症状があるときは受診日以外でも来院してください。<br>・腹痛がひどい時<br>・排便、排ガスがなく、お腹の張りが続いている時<br>・嘔吐が続き、吐き気がひどい時<br>・黒い便が出た時<br>・高熱が出たり微熱が何日も続くような時<br>わからない点、疑問点がありましたら、何でも医師や看護師にご相談ください。 |
| 注射           | 基本的に、注射はありません                  | 不安なときは、ポータブルトイレを用意します   | 安心安心   |   |  |  |  |                                  |             |  |
| 内服           | 飲んでのお薬はすべて看護師にお知らせください         |   |  |   | 立ちましよう   | どっどん歩きましょう   | 薬は正しく服用し、必ず指示通りに内服して下さい。緩下剤の内服については、便の回数や性状を見て調節して下さい。心配なときは医師に相談して下さい。  |                                  |             | 退院時、必要な分のお薬が処方されます   |
| 食事           |                                | 術後許可が出るまで、飲んだり食べたりできません   |  |   | 必要に応じて、ポータブルトイレや尿器を用意します   | 初めて歩行する時は、看護師が付き添います。術後早期に歩き始めた方が、回復も早くなります。   | 水分補給<br>ポイント!!   | 食事開始<br>出てきた食事は、少量~半分以下食べるようにして、 |             | 職場復帰、旅行などは医師に相談して下さい   |
| 清潔行動         | 活動、入浴に制限はありません                 | 入浴のときは…熱いお湯は体の疲労を伴います。長湯にならないようにしましょう。  | 病棟を離れるときは、看護師にお知らせ下さい。   | 痛み止めについて…<br>・点滴から痛み止めを注入する場合<br>・背中や脇に管を入れて痛み止めを注入する場合<br>いずれにしても、痛いときは我慢せずに教えてください  | シャワーの許可出るまで体を拭きます  |  | ドレーンが抜けたら<br>鳥の部分にすらすら   |                                  |             |  |
| 説明           | 病棟での日常生活をご案内します<br>手術の予定を説明します | 麻酔科医師と、手術室の看護師の訪問があります  |  |   |  |  |  |                                  |             | <input type="checkbox"/> 次回予約票が渡されます<br><input type="checkbox"/> リストバンドを外します   |
| 腸の手術を受けられる方へ | 必ず禁煙して下さいね                     | スーフル呼吸訓練行って下さい  | 腸には、食品の栄養分が吸収された後の残渣物から水分を吸収し、便を作る働きがあります。手術によって腸の中に残渣物が留まる時間が短くなり、下痢の傾いたり便秘に傾いたり、排便の調節が難しくなっています。<br>腸閉塞が起きやすい状態になっていますので、食生活に十分に気をつけて、排便調節をしていく必要があります。  | 食事について…<br>偏食をさけ、バランスのとれた食事を心がけて下さい。<br>以下の食べ物は、控えるかよく噛んで食べて下さい。<br>・熱すぎたり、冷たすぎたりする食べ物<br>・刺激の強い食べ物…香辛料・わさびなど<br>・消化の悪い食べ物…イカ・たこ・するめ・キノコ類・海藻類など<br>その他<br>・下痢になりやすい食べ物…冷たい牛乳・天ぷら類・アルコール類・アイスクリームなど<br>・便秘を予防する食べ物…野菜類・バナナ・プルーン・果物など | 安静運動に関して…<br>適度な運動は、腸の血行を良くし、動きを活発にします。軽い散歩や体操などから始め、体を慣らして行って下さい。疲れたら無理をせず、休息を取って下さい。 | 便秘になったときは…<br>・腹部「の」の字を描くようにマッサージする。<br>・水分を多めにとり、食物繊維の多い食品をとる。食物繊維の多い食品→パン・玄米・豆・芋類・果物・バナナなど<br>・下剤の乱用は慎む。 | 下痢になったときは…<br>・腹部の保温(腹巻き・ほっかいろう使用)<br>・脱水になりやすいので、水分を補給する<br>・暖かい消化の良い食べ物を摂取する。(お粥・煮込みうどん・葛湯・ヨーグルトなど)<br>・以前より下痢を起こしやすかった食べ物は、術後も控える。<br>・下痢止めの薬の乱用は慎む |                                  |             |  |

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

上記内容について説明を受け同意いたしました

署名:

続柄:

|             |     |
|-------------|-----|
| 特別な栄養管理の必要性 | 有・無 |
|-------------|-----|